

Création et évaluation d'une fiche de traitement pour favoriser la continuité entre les lignes de soins



Belche JL, Ketterer F, Lenoir AL, Duchesnes C & Giet D

Janvier 2014

Les membres de l'équipe du Département universitaire de Médecine Générale (DUMG) ayant participé à cette étude sont, par ordre alphabétique :

Belche Jean-Luc, médecin généraliste

Duchesnes Christiane, médecin généraliste

Giet Didier, médecin généraliste

Ketterer Frédéric, sociologue

Lenoir Anne-Laure, médecin généraliste

Remerciements

L'équipe du DUMG adresse ses remerciements aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes, ainsi qu'aux pharmaciens d'officine et hospitaliers qui ont donné de leur temps pour participer aux réunions de création de la fiche de traitement, et qui ont accepté d'être des relais de l'étude auprès de leurs institutions respectives.

Nous adressons également nos remerciements à Michael Van Raek, qui s'est chargé de mettre en forme et d'imprimer les fiches de traitement, de manière efficace et rapide.

Nous remercions, par ailleurs, l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à cette étude : les médecins généralistes qui ont accepté d'initier les fiches de traitement réalisées dans le cadre de l'étude, les patients qui ont fait confiance à la fois à leur médecin généraliste et à l'équipe de recherche, ainsi que tous les autres professionnels de santé qui ont accepté de remplir la fiche.

Nous remercions aussi les membres du CHU Mont Godinne, qui ont bien voulu partager avec nous leur propre expérience en matière de fiche de traitement, et plus particulièrement Rachel Pham et Anne Spinewine.

Enfin, nous remercions le GLS pour avoir financé cette étude, et nous avoir manifesté et maintenu sa confiance au cours des trois études Medic Hop, de 2010, 2012 et 2013. La continuité de cette étude n'aurait pu être assurée sans son soutien.

Sommaire

1	Phase 1 : Création de la fiche de traitement.....	8
1.1	Introduction.....	8
1.2	Recrutement.....	8
1.3	Déroulement de la phase 1	8
1.4	Création de la fiche de traitement	10
1.4.1	Vecteur de la fiche.....	10
1.4.2	Cadre d'utilisation de la fiche.....	11
1.4.3	Sélection des patients	11
1.4.4	Sensibilisation des participants	12
1.4.5	Lien avec les outils informatiques existants.....	12
1.4.6	Les éléments constitutifs de la fiche de traitement.....	12
	Description de la fiche de traitement approuvée par le groupe à l'issu des 2 séances de travail....	16
2	Phase 2 : lancement de la phase-test et évaluation des fiches de traitement reçues.....	17
2.1	Recrutement des MG participant à l'étude.....	17
2.2	Patients visés par l'étude	18
2.3	Comité d'éthique.....	18
2.4	Résultats généraux.....	18
2.4.1	Caractéristique du corpus de patients	18
2.4.2	Descriptif des renseignements demandés dans la fiche	19
2.4.3	Phase d'hospitalisation et retour au domicile.....	20
2.4.4	Éléments complémentaires.....	21
2.5	Conclusion de la phase 2	21
3	Phase 3 : évaluation de la fiche de traitement.....	23
3.1	Objectif	23
3.2	Méthodologie	23
3.3	Résultats	23
3.3.1	Données concernant les répondants.....	23
3.3.2	Expérience antérieure	23
3.3.3	Contenu et format de la fiche	24
3.3.4	Utilisation de la fiche	24
3.3.5	Intérêt de la fiche de traitement	25
3.4	Conclusion	26
4	Conclusion générale	28

Annexe 1 : fiche d'information à destination des professionnels de santé	33
Annexe 2 : fiche d'information distribuée aux patients.....	36
Annexe 3 : feuille de consentement du patient.....	38
Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction (initial) envoyé aux professionnels de santé ayant rempli la fiche de traitement.....	39
Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire	45
Annexe 6 : Second questionnaire, envoyé aux MG n'ayant pas renvoyé de fiche de traitement.....	46
Annexe 7 : Tris à plat du questionnaire.....	52

PREAMBULE

Une première étude, commanditée par le GLS (2010) et réalisée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège, sur le territoire de Liège-Huy-Waremme, avait pour but d'objectiver une pratique souvent décrite par les prestataires de première ligne : les changements de présentation des médicaments habituels du patient lors de son hospitalisation. Ces changements, non justifiés par la ou les pathologies ayant nécessité l'hospitalisation, peuvent concerner la spécialité, le conditionnement ou, plus rarement, le principe actif. Cette étude a aussi confirmé que le formulaire de remboursement des médicaments du chapitre IV n'accompagnait pas toujours la prescription des médicaments qui le justifient.

En 2012, une seconde étude, toujours commanditée par le GLS, a cherché à trouver des solutions consensuelles à mettre en œuvre pour améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre lignes de soins. Cette étude a pris la forme de groupes nominaux et d'un Delphi, réalisés auprès de médecins généralistes, de médecins hospitaliers, de pharmaciens d'officine et de décideurs hospitaliers (médecins directeurs et pharmaciens en chef d'hôpital). Ici encore, l'étude se centrait sur les arrondissements de Liège, Huy et Waremme.

L'étude de 2012 a ainsi permis de mettre en évidence cinq propositions consensuelles d'amélioration de la continuité médicamenteuse lors du passage du patient d'une ligne de soins à l'autre. Il s'agissait des propositions suivantes :

1. Remettre une liste lisible de médicaments accompagnant le patient à la sortie de l'hôpital
2. Le médecin traitant réalise une note à propos du patient se rendant à l'hôpital à l'attention du médecin hospitalier
3. Mettre en place des procédures formelles à l'hôpital concernant le traitement de sortie
4. Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour les épisodes de soins significatifs.
5. Favoriser la centralisation des données du traitement du patient.

Dans le cadre du projet actuel, Medic Hop 3, l'équipe de recherche a cherché à mettre en œuvre les trois premières propositions ressorties de l'étude de 2012, sous la forme d'un document unique permettant de faire le lien entre les lignes de soins, dans les deux sens.

L'objectif du présent travail était donc de créer, tester et adapter une fiche papier de traitement destinée à accompagner le patient lors de son transfert du domicile (ou de la maison de repos et de soins) à l'hôpital et vice versa.

Ce projet comprenait trois phases distinctes. La première phase visait à produire une fiche de traitement, en sollicitant différentes catégories d'acteurs, parties-prenantes de la thématique de la continuité du traitement – médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens d'officine et hospitaliers. Toutefois, cette fiche ne devait pas être créée *ex nihilo*, mais tenait compte des expériences antérieures réalisées en la matière, expériences qui étaient également présentées aux participants des réunions. Quant à la réalisation pratique de la fiche, sa mise en forme, elle a été confiée à Michael Van Raek, infographiste, qui avait également participé aux réunions en question.

La deuxième phase de l'étude servait à tester la fiche de traitement auprès d'un corpus de médecins généralistes recrutés pour l'occasion, et qui devaient initier l'utilisation de la fiche lors de l'hospitalisation d'un patient.

Enfin, la dernière phase de ce travail avait pour but d'évaluer la pertinence de cette fiche de traitement, par l'envoi d'un questionnaire aux différents professionnels de santé ayant utilisé la fiche de traitement lors de la phase trois de l'étude.

1 Phase 1 : Création de la fiche de traitement

1.1 Introduction

Afin de réaliser une fiche de traitement satisfaisant aux besoins et pratiques des différents professionnels de santé, il semblait important de réunir des acteurs de terrain pour connaître leur point de vue quant aux éléments à intégrer dans une fiche de traitement et à la forme que cette dernière devait prendre. Une brève revue de littérature s'avérait également nécessaire pour pouvoir s'inspirer des initiatives existantes.

1.2 Recrutement

Dans la continuité des 2 recherches précédentes, les 4 domaines professionnels ciblés sont la médecine générale (MG), la pharmacie d'officine ou extrahospitalière (PEH), la pharmacie hospitalière (incluant la pharmacie clinique) et la médecine spécialisée hospitalière.

Au sein de chaque profession, les trois participants à la phase de création de la fiche de traitement ont été recrutés de manière à respecter la diversité rencontrée sur le terrain notamment le type de pratique et la localisation géographique (tableau I).

Tableau I: Description des participants au processus de constitution de l'outil

Discipline	Nombre de représentants	Profil spécifique	Localisation
Médecine Générale	3	Médecin coordinateur Maison de repos et de soins Pratique solo/groupe pluridisciplinaire/groupe monodisciplinaire	Soumagne-Huy-Liège
Pharmacie extrahospitalière	3	Réseau de pharmacies et Pharmacies indépendantes	Seraing-Liège
Pharmacie hospitalière	3	Responsable de pharmacie hospitalière et pharmaciens cliniciens	CHU-CHR-CHC
Médecine Spécialisée Hospitalière	3	Chefs de service gériatrie et médecine interne Infirmière chef de service gériatrie	CHU-CHR-CHBAH

1.3 Déroulement de la phase 1

Les objectifs des deux réunions de travail pour la constitution de l'outil sont détaillés dans le tableau II.

Tableau II: Objectifs des deux réunions de travail pour la constitution de l'outil de continuité.

	Objectifs
Réunion 1	Présentation d'expériences antérieures et outils de continuité de traitement entre le domicile et l'hôpital Récolte des éléments significatifs à inclure dans l'outil de continuité Réflexion sur la mise en forme concrète avec la participation d'un infographiste
Réunion 2	Récolte des avis du groupe sur un premier projet de fiche Définition des modalités d'utilisation et d'évaluation

La première réunion, qui a eu lieu le 27 mars 2013 dans les locaux du DUMG, avait pour but, après présentation d'expériences antérieures de fiches de traitement, de recueillir l'opinion des participants quant aux éléments à inclure dans la fiche de traitement, ainsi que sur la forme même de la fiche de traitement.

En préambule de cette réunion, des outils de continuité déjà existants ont été présentés aux participants (Tableau III).

Tableau III: Outils de continuité présentés au groupe pluridisciplinaire à la 1ère réunion.

Outil de continuité	Moment d'utilisation	Personnes impliquées	Initiateur	Références
Feuille de liaison Hôpital-Domicile	Sortie	Responsable de l'hospitalisation	GLS 2003	http://www.gls-sisd.be/outils-pluridisciplinaires/feuilleLiaisonHopitalDomicile.php
Rapport de sortie	Sortie	Responsable de l'hospitalisation	CHR Citadelle Liège	
Document de transmission d'information	Admission et Sortie	Pharmacien clinicien	CHU Mont Godinne	<i>Continuité des soins à la sortie de l'hôpital : intérêt d'une transmission d'information du pharmacien clinicien au pharmacien d'officine – P. Cavrenne, A. Spinewine – Journal de Pharmacie de Belgique 2008, 63, n°3, 69-72</i>
Questionnaire Médicaments à compléter par le patient	Admission	Patient Pharmacien Clinicien	CHU Mont Godinne	<i>Projet Qualité-Sécurité Institutionnel; Service de Pharmacie Clinique, CHU Mont-Godinne. Pham R. Et Spinewine A</i>
Anamnèse médicamenteuse	Admission	Pharmacien hospitalier	UZ Leuven	<i>Haast en spoed is zelden goed, evaluatie van thuismedicatiebevraging op spoedgevallen ; Apr. S. De Winter et al. ; Communication pour « Kwaliteitsbewaking bij geneesmiddelen: van molecule tot effect » - Brussel, 5 december 2008</i>
Medication passport ; Accompagne le patient	Admission et Sortie	Non précisé Soignant habituel	NHS 2012	http://www.clahrc-northwestlondon.nihr.ac.uk/research-projects/ bespoke-projects/my-medication-passport
Document d'anamnèse structurée	Admission et sortie	Pharmacien hospitalier		<i>Kwan, Y., O. A. Fernandes, et al. (2007). "Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic." Arch Intern Med 167(10): 1034-1040.</i>

A cette première réunion, 11 participants étaient présents. Un infographiste, rémunéré à ce titre, était présent pour donner une idée quant à la faisabilité pratique des propositions et autres idées émises par le groupe de travail.

Une deuxième réunion, qui s'est tenue le 8 avril 2013 dans les mêmes locaux, servait ensuite à soumettre la proposition de fiche de traitement réalisée en tenant compte de la volonté du groupe de travail. Sur base de cette proposition, de nouvelles suggestions ou remarques étaient formulées et intégrées à la proposition. La réunion s'est ensuite poursuivie par une réflexion quant à la mise en œuvre de la fiche lors de la phase test, avec ses modalités pratiques, et les indicateurs et critères permettant d'évaluer la pertinence de cet outil.

Lors de cette seconde réunion, 12 participants étaient présents. Seul 1 MG et 1 représentant de la MH n'ont été présents qu'à la 2^{ème} réunion de travail. 3 chercheurs ont animé les discussions des 2 réunions. Avec l'accord des participants, les échanges ont été enregistrés.

Une rétribution financière a également été accordée aux participants des réunions.

1.4 Création de la fiche de traitement

Cette partie du rapport cherchera à restituer la nature des discussions ayant conduit aux choix finalement arrêtés quant à la forme finale prise par la fiche de traitement.

Les différents axes de travail abordés par le groupe de travail au cours des 2 séances sont repris dans l'encadré suivant :

- Désignation du **vecteur** de la fiche
- Détermination du **cadre d'utilisation** de la fiche
- Détermination des **critères de sélection de la population**
- **Sensibilisation** des participants (soignant et patient)
- Lien avec les **outils informatiques** existants
- **Identification** de la personne de contact et des soignants impliqués
- **Allergies, intolérances et médicaments antérieurs** abandonnés
- Détermination des **types de médicaments** à renseigner
- Détermination des **modalités pratiques de dispensation** du traitement (dénomination, posologie, modalités de remboursement, etc.)
- Identification des **différents temps de l'hospitalisation**
- Communication des **raisons de modification** d'un traitement
- Description de la forme du **support papier**.

1.4.1 Vecteur de la fiche

Le patient (ou une personne de contact désignée par le patient et identifiée sur la fiche) sont les vecteurs de la fiche. Cet aspect a été défini d'emblée par l'équipe de recherche comme l'une des modalités constitutives de la fiche de traitement et de son utilisation. Une partie des participants à la première réunion a souligné que, une fois impliqué, le patient risque d'utiliser cette fiche comme feuille de traitement personnelle, alors qu'elle n'est pas adaptée à cet usage. A l'inverse, si le patient est moins impliqué, il risque de l'oublier, la perdre.

Le degré d'investissement du patient (ou de la personne de contact) nécessaire est élevé. Tous les patients ne seront pas capables de réaliser ces différentes étapes d'autant plus que sont visés des patients polymédiqués, avec une plus grande probabilité de perte d'autonomie. Il y a aussi une peur de laisser trop d'informations à disposition du patient de la part des professionnels de santé.

Décision prise :

Afin d'augmenter les chances d'inclure le PEH, il est décidé que le patient (ou son référent) soit le vecteur de la fiche entre les intervenants. Son implication dans le processus devra être stimulée par le MG, qui va initier le cycle d'utilisation de la fiche. La mise en forme du document devra aussi

participer à la sensibilisation du patient (message d'accroche, stimulant visuel) (voir aussi 1.4.4 Sensibilisation des participants).

1.4.2 Cadre d'utilisation de la fiche

Différents cadres et modalités d'utilisation potentiels du document sont identifiés et soumis aux participants pour discussion :

- Le document doit-il être utilisé dans le cas d'hospitalisations programmées, imprévisibles ou bien dans les deux cas ;
- La fiche peut-elle être utilisée ou non par le patient ;
- Cette fiche n'a pas vocation à être un document de prescription ;
- La fiche doit-elle servir dans le cas d'une seule hospitalisation (un *one shot*) ou de plusieurs.

Beaucoup d'hospitalisations sont non programmées (près de 50%, jusqu'à la majorité dans certains services, d'après deux participants hospitaliers) et dans ces conditions, il est difficile d'assurer une sollicitation de différents acteurs dans un temps limité. L'utilisation non programmée uniquement par le MG est possible mais le PEH n'est alors pas sollicité. Il faut aussi relever la difficulté d'obtenir les consentements des patients lors d'hospitalisations non programmées.

La fiche renseigne des possibilités de contact au sein des deux lignes de soins, mais qu'en est-il en dehors des heures de travail, notamment à l'hôpital ?

Le médecin des urgences, avec accès possible au dossier hospitalier, n'est probablement pas l'interlocuteur adéquat pour répondre aux questions éventuelles (raisons de modification de traitement par exemple).

La fiche ne pourra pas résoudre le problème des sorties non programmées, en dehors des heures et jours ouvrables, pour lequel il y a de moins en moins de traitements de sortie délivrés aux patients. Il reste important de diminuer les sorties en dehors des heures, non préparées.

Décision prise :

Le cadre d'utilisation de la fiche retenu a été celui d'un document à destination des professionnels, véhiculé par le patient (ou sa personne de contact) mais non utilisable par lui-même comme feuille de posologie, ne remplaçant pas automatiquement les documents de transmission habituels (document de référence du MG, lettre de sortie de l'hôpital, etc.) pour une seule hospitalisation.

Le document peut être utilisé pour différents types d'hospitalisation (programmée ou non), à condition que le MG soit à l'origine de sa rédaction et qu'il parvienne à recueillir l'assentiment du patient et à faire parvenir le document dans le lieu d'hospitalisation de ce dernier.

Les personnes de contact dans le milieu hospitalier renseignées sur la fiche sont celles impliquées directement, lors des heures de travail.

1.4.3 Sélection des patients

Il a été proposé au groupe de s'exprimer sur la sélection des patients, à partir de la proposition d'inclure des patients à hospitaliser avec minimum 5 médicaments.

Ce seuil peut représenter un frein au recrutement. D'un autre côté, il faudra être attentif au fait que le MG n'exclue pas les patients ayant une liste de médicaments trop longue (en raison du temps requis alors pour remplir la fiche de traitement à la main). La phase test permettra probablement de vérifier ces deux hypothèses (sélection de patients et difficultés de recrutement).

1.4.4 Sensibilisation des participants

On souligne le phénomène de « dilution » ou d'« arrosage » : si chaque MG recruté pour l'étude aura plusieurs fiches de traitement à remplir, beaucoup de PEH ou MS n'auront, eux, qu'une seule fiche.

Seuls les MG seront directement sensibilisés, par recrutement téléphonique et support papier. Mais le niveau de sensibilisation des autres participants, non contactés directement (patients, PEH, MH) risque d'être plus faible et de nuire au bon déroulement du cycle.

Décision prise :

Différents moyens de sensibilisation indirects sont prévus pour tenter de remédier à cette difficulté : soit sur la fiche elle-même (encart à l'attention du patient « Important pour votre santé », texte d'explication pour les soignants), soit en accompagnement (texte d'explication pour les acteurs hospitaliers dans une lettre annexe, jointe à la fiche).

1.4.5 Lien avec les outils informatiques existants

Une discussion sur l'interaction du document de continuité entre les lignes de soins et les outils informatiques existants a eu lieu.

L'informatisation des données permet un stockage facile des données de traitement du patient, leur mobilisation aisée (pour des documents de transfert, pour le patient), une systématisation des éléments jugés importants. Chaque logiciel propose déjà au soignant une version informatisée de la liste de traitement, automatiquement générée à partir des données encodées dans le logiciel, ce qui permet un gain de temps non négligeable pour les praticiens.

Pour autant, la principale limite réside dans l'inter-opérabilité des logiciels informatiques entre les lignes de soins : les données transmises du MG par voie informatique à partir de son logiciel sont difficilement traitables par le logiciel de l'hôpital, et vice-et-versa.

Ces fiches informatisées ne prennent pas en compte également les besoins des autres lignes de soins.

Il existe un risque que ces versions informatiques existantes, même moins complètes ou adaptées à l'autre ligne de soins, prévalent toujours sur ce nouveau document, non informatisé, par le gain de temps qu'elles amènent immédiatement.

1.4.6 Les éléments constitutifs de la fiche de traitement

Les discussions concernant les éléments constitutifs de la fiche de traitement sont reprises dans le tableau qui suit.

	Avis consensuel	Obstacles relevés
Identification de la personne de contact et des soignants impliqués	<p>Il faut préciser le lien entre le patient et la personne de contact du patient. Celle-ci est importante pour les patients en perte d'autonomie (population gériatrique)</p> <p>Les acteurs impliqués dans le traitement sont ciblés. Au couple médical classique (Médecin généraliste et médecin hospitalier), s'ajoutent le pharmacien extra-hospitalier et le pharmacien clinicien (nécessaire de signaler ce dernier même si tout le monde s'accorde sur sa trop grande rareté).</p> <p>Connaître le PEH d'un patient est une donnée importante pour l'hôpital et pour le MG.</p> <p>Il faut laisser le choix au soignant de déterminer le moyen de contact le plus approprié.</p>	<p>Quel degré de précision concernant les informations d'identification des professionnels impliqués est souhaité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adresse : information pas toujours utile pour un contact rapide • Email : mais ne fournit pas encore de garantie de sécurité suffisante <p>Qui est la personne référente au sein de l'hôpital : qui contacter, pour quelles informations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le médecin responsable de l'hospitalisation? Mais son créneau horaire de présence est plus restreint ○ L'infirmier(e) chef de service ? Il/elle ne possède pas de responsabilité de prescription et qui ne connaît pas nécessairement la raison de la prescription ou les raisons de modifications de traitement.
Allergies, intolérances et médicaments « efficaces »	<p>Les notions d'allergies et d'intolérances sont importantes lors d'une hospitalisation; les plus courantes sont précitées et la liste doit rester ouverte pour compléter.</p> <p>La notion de médicament non efficace reprend les essais thérapeutiques antérieurs n'ayant pas eu l'effet escompté.</p> <p>Un espace pour les commentaires permet au(x) soignant(s) de préciser les éléments avancés.</p>	<p>Les termes allergies ou intolérances peuvent prêter à confusion. La notion de traitement « non efficace » peut ne pas être comprise par tous les soignants de la même façon.</p> <p>Ces informations pérennes pourraient aussi être incluses dans un « passeport » porté par le patient, à chaque instant. Cette modalité n'a pas été explorée plus en avant.</p>
Traitement	<p>Le groupe identifie différents types de médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments prescrits délivrés • Les médicaments non-prescrits délivrés • Les médicaments récemment modifiés ou arrêtés • Les différentes voies d'administration <p>Le groupe souligne l'importance du PEH pour compléter la liste des médicaments délivrés (prescrits ou non)</p>	<p>Détailler le type de boîte peut amener le risque d'être trop précis (p.ex. : taille du conditionnement) et de provoquer une rupture d'approvisionnement pour le patient car le pharmacien, qui doit suivre la prescription, ne dispose que d'un stock limité.</p> <p>Le MG a un rôle important pour connaître la liste des traitements mais il n'a pas toujours connaissance des médicaments consommés non soumis à prescription.</p> <p>Les soins de plaie : il s'agit souvent d'une masse importante d'informations qui serait plutôt l'objet d'une transmission de</p>

		<i>nursing.</i>
Précision des modalités pratiques	<p>La date de remplissage de la fiche est une notion importante qui permet de déterminer la validité des informations; elle est souhaitée pour chacun des temps de remplissage potentiel (pré et post-hospitalisation).</p> <p>Le schéma thérapeutique journalier du patient est demandé sous la forme d'un tableau reprenant les moments de prise et les quantités.</p> <p>La posologie (en texte libre) doit être précisée pour chacun des médicaments, et il faut inciter les soignants à préciser le nom et le dosage.</p> <p>Les moments de délivrance prédéfinis dans le document sont souhaités. Le groupe désigne 4 moments de prise : matin ou à jeun/midi/soir/coucher.</p> <p>Pour certains médicaments uniquement ajoutés pour une courte période, il est souhaité de préciser la date de fin de traitement et la justification de l'instauration (ex : benzodiazépines, antibiotiques ou héparines à bas poids moléculaire).</p>	<p>Trop de précisions sur les modalités pratiques risque d'alourdir le document.</p> <p>Trop de possibilités pour les moments d'administration risque d'amener de la confusion auprès des soignants.</p> <p>Il y a un risque de redondance avec la feuille de référence. Mais si le document est trop simple, il sera moins utilisé.</p> <p>Le libellé du schéma thérapeutique journalier est trop souvent soumis à interprétation par les différents soignants (ex : 1cp 2x/jour ou 2cps/jour).</p> <p>La proposition d'utiliser la DCI pour contourner l'effet des formulaires thérapeutiques hospitaliers est repoussée car elle impose au pharmacien de délivrer le moins cher et donc, avec des stocks changeants, induire un changement de conditionnement de traitement pour le patient.</p> <p>La DCI peut être toutefois indiquée pour des traitements de courte durée, épisodiques.</p>
Médicaments soumis à autorisation	<p>Il est important de faire apparaître si la demande de remboursement auprès de la mutuelle a été réalisée ou si elle est laissée au soin du MG.</p>	<p>Il n'existe pas de démarche à suivre pour des médicaments soumis à remboursement :</p> <p>Qui a la responsabilité des différents médicaments prescrits, quand la demande a été réalisée par un autre médecin que celui responsable de l'hospitalisation ? Qui a les informations suffisantes ?</p> <p>(ex : hospitalisation en cardiologie avec avis neurologique qui découle sur un nouveau traitement du chapitre IV)</p>

Mise en évidence des différents temps : pré-hop/per-hop/post-hop.	<p>Il est important que les 3 temps de l'hospitalisation d'un patient soient visibles : PRE/PER/POST.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afin de mettre en lumière les modification secondaire à l'adaptation du traitement d'entrée au formulaire thérapeutique de chaque hôpital • Pour sensibiliser le MH à revenir au traitement antérieur quand cela le permet ; • Pour l'attention sur les difficultés potentielles d'approvisionnement des médicaments introduits récemment. 	<p>Le groupe identifie un risque de redondance des informations pour les 2 parties hospitalières (per-hop et post-hop). Cela peut nuire au remplissage correct de l'une des 2 ou des 2 colonnes.</p>
Raisons des modifications de traitement	<p>Les 3 temps de l'hospitalisation permettent d'identifier les ajouts en cours d'hospitalisation. La colonne justification permet au PEH et au MG de connaître la raison de ces modifications.</p>	<p>Il y a un risque de mauvaise compréhension des termes utilisés : motivation, justification, raison de modification... sont discutés. Le groupe identifie un risque de redondance d'informations avec celles présentes dans la lettre de sortie. Mais cette dernière est souvent présente trop tard, après la délivrance du traitement de suite.</p>
Forme du support papier	<p>Code couleur : Couleur qui facilite la lisibilité, en fond coloré ou ombragé, et qui permet de faire le lien entre les personnes responsables et l'espace qu'ils sont invités à compléter.</p> <p>Format du document : Transportable aisément par le patient (« dans le sac du patient »), manipulable par les soignants. Choix du modèle A4, en 3 volets, de type folder.</p> <p>Infographie : attrayante avec un logo « signifiant » facilement ses objectifs, pour les soignants impliqués.</p> <p>Agencement des différents volets : pour faciliter son utilisation, avec un ordre logique lors de la consultation</p> <p>Lisibilité des informations : la taille de police doit être suffisamment grande ou appuyée par la mise de certains textes en gras afin de faciliter la lecture</p> <p>Qualité du support : support suffisamment rigide pour une utilisation la durée de l'hospitalisation et des transports multiples. Un support de qualité donne aussi une indication de l'importance à l'information supportée.</p>	<p>Un grand document attire l'attention mais réduit sa maniabilité.</p>

Allergies	
Pénicilline	
Aspirine	
Iode	
Lactose	
Autres	
Intolérances	
Nom	Commentaires
Lactose	
Autres	
Médicaments non efficaces	
Nom	Commentaires

Personne de contact	

Lien avec le patient :	

FICHE TRAITEMENT

Médicin généraliste	

Moyens de contact :	

Pharmacien habituel	

Moyens de contact :	

Médecin hospitalier responsable	

Moyens de contact :	

Pharmacien clinicien responsable	

Moyens de contact :	

[illegible]

- Différents types de médicaments :
- Voie orale journalier et non journalier
- Autre voies d'administration
- Autres médicaments
- Dates de remplissage (domicile et hôpital)
- Dénomination des médicaments du traitement
- Description des moments de prise du traitement
- Date de fin (médications temporaires)
- Raisons des modifications du traitement
- Médications soumises à autorisation de remboursement

2 Phase 2 : Utilisation de la fiche de traitement

2.1 Recrutement des MG participant à l'étude

Afin de tester la fiche créée, nous avons recruté 40 médecins généralistes. Parmi ces 40 MG, 10 étaient des MG coordinateurs de maisons de repos et de soins. Les médecins ont été recrutés dans les trois arrondissements concernés par le GLS (Liège, Huy et Waremme), avec une attention portée à la diversité des caractéristiques socio-démographiques des MG recrutés (en termes d'âge, de sexe et de type de pratique), pour ne pas avoir de biais dans les conditions potentielles d'utilisation des fiches. Ces caractéristiques socio-démographiques sont résumées dans le tableau 1.

Sexe	Homme	27
	Femme	13
Arrondissement	Liège	25
	Huy	9
	Waremme	6
Type pratique	Solo	15
	Association MG	9
	Maison médicale	6
	MRS	10

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des MG recrutés

Les médecins ciblés ont été sélectionnés à partir d'une liste de maîtres de stage ou de collaborateurs du Département Universitaire de Médecine Générale. Ils ont ensuite été contactés par téléphone, en vue d'obtenir leur assentiment quant à leur participation à l'étude. Il leur était demandé, à chacun, d'utiliser cinq fiches dans leur patientèle.

Le nombre total de fiches à remplir pour l'ensemble du corpus était donc de 200 fiches.

Une fois leur accord obtenu, les MG recrutés ont reçu l'enveloppe comprenant les fiches de traitement, ainsi qu'une note explicative exhaustive quant à ce qu'il était attendu d'eux (voir annexe 1)¹. Les chercheurs reprenaient ensuite contact avec eux quelques jours plus tard, pour s'assurer que la procédure était bien claire et pour répondre aux questions éventuelles. Le début de la phase test a eu lieu durant l'été 2013, et une relance a été opérée auprès de l'ensemble des MG recrutés en septembre 2013. Il est à noter que deux MG ont abandonné l'étude en cours de route, pour des raisons personnelles.

Les cinq fiches de traitement vierges étaient accompagnées chacune d'une notice expliquant le but de la recherche, à destination des autres professionnels de santé concernés (pharmaciens clinicien et d'officine, médecin spécialiste). Il s'agissait de la même fiche que celle distribuée aux MG.

Il était ainsi demandé aux MG de donner la fiche au patient lors de son hospitalisation pour qu'il puisse la transmettre au médecin spécialiste. Néanmoins, s'ils préféraient, les MG pouvaient faire parvenir directement la fiche remplie au médecin hospitalier, à condition d'avoir obtenu l'accord du patient quant à sa participation à l'étude, en lui faisant signer le formulaire *ad hoc* (voir 2.3).

¹ Il leur était également demandé de compléter une fiche exhaustive des cinq patients recrutés.

2.2 Patients visés par l'étude

Il s'agissait de patients considérés comme « complexes », la complexité étant ici définie par une polymédication pérenne, le nombre minimum de 5 médicaments ayant été retenu pour l'inclusion dans l'étude.

2.3 Comité d'éthique

L'ensemble de la procédure de test de la fiche de traitement a été soumise au Comité d'éthique hospitalo-universitaire de Liège, qui a donné son approbation pour l'étude (n°B707201317393).

Les MG distribuaient ainsi une fiche d'information à destination du patient potentiellement inclus dans l'étude², et lui faisaient signer une feuille de consentement³.

2.4 Résultats généraux

2.4.1 Caractéristique du corpus de patients

21 fiches ont été récupérées, qui provenaient de 6 MG différents.

Les patients recrutés correspondaient bien au critère principal d'inclusion : être polymédiqué. Ainsi, le nombre de médicaments *per os* journalier variait entre 5 et 12 médicaments. Dans tous les cas, la posologie et le dosage étaient indiqués.

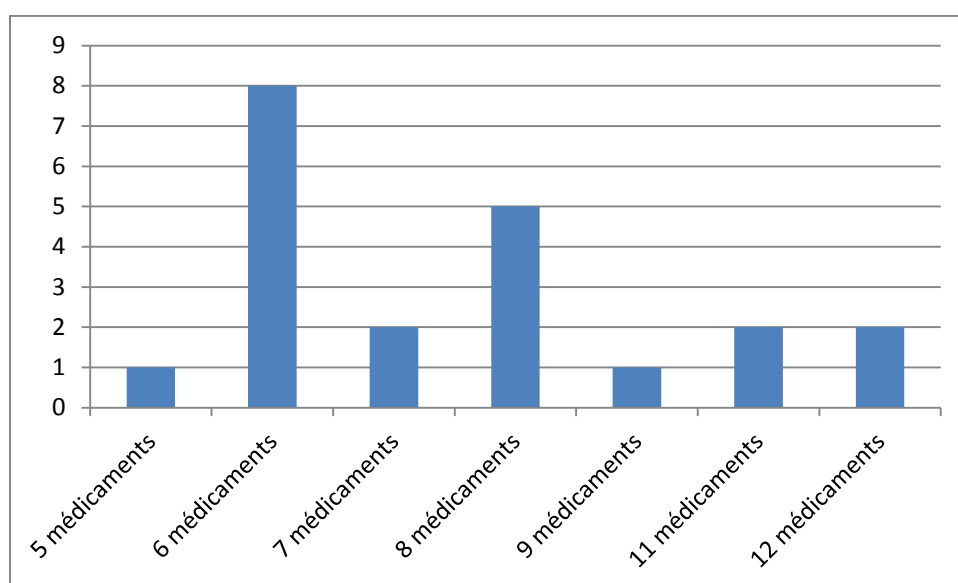


Figure 1 : Nombre de patients polymédiqués en fonction du nombre de médicaments

Parmi ces 21 patients, 6 avaient également un traitement *per os* non journalier (avec posologie indiquée à chaque fois), 14 avaient un traitement non *per os* et 4 fiches indiquaient aussi d'autres éléments dans la rubrique « autres médicaments ». Dans ces deux derniers types de traitement aussi, posologie et dosage étaient précisés.

² Voir annexe 2.

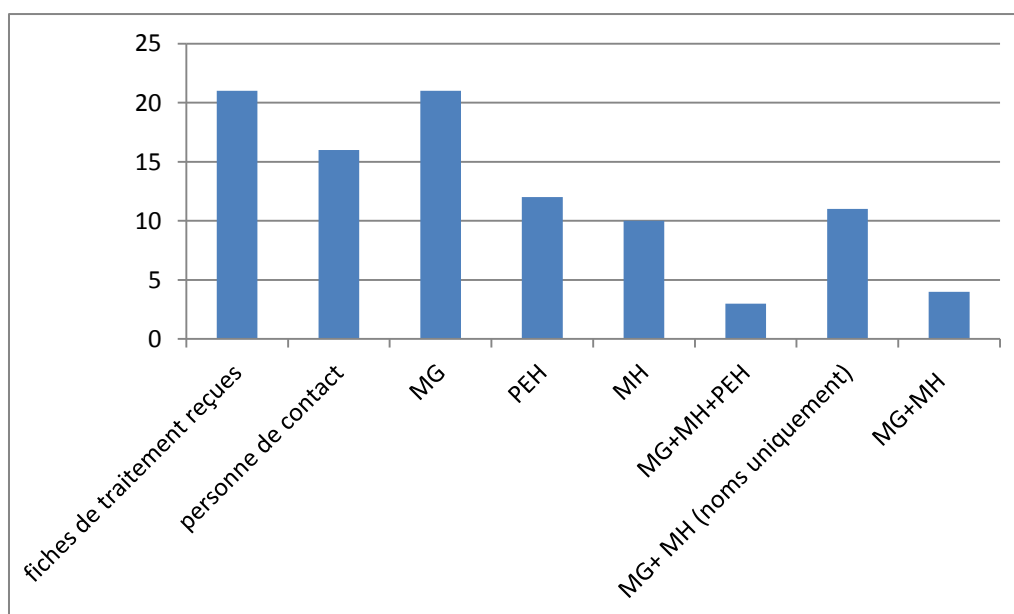
³ Voir annexe 3.

2.4.2 Descriptif des renseignements demandés dans la fiche

2.4.2.1 Personnes de contact

- 10 fiches comprenaient la vignette du patient, les 11 autres avaient le nom du patient écrit à la main
- 13 ont la personne de contact complétée entièrement (avec le nom, le type de filiation avec le patient, ainsi qu'un numéro de téléphone) ; 5 n'ont rien indiqué ; 3 n'ont que des informations partielles (dans les trois cas il manque le téléphone, et dans l'un de ces 3, il manque aussi le nom, seul le lien de filiation est indiqué) ;
- 11 des 20 fiches ont le cachet du MG, dans les 10 autres, le MG a écrit son nom à la main, de même que son numéro de téléphone (dont une où il n'a précisé de moyen de contact) ;
- 12 fiches ont les coordonnées complètes du PEH (nom, ainsi que téléphone et/ou adresse), 7 aucun renseignement et les 2 dernières ont le nom, mais pas de moyen de contact ;
- 8 fiches ont les coordonnées complètes du MH (nom et moyen de contact), 2 possèdent seulement le nom du médecin sans autre précision, une autre le nom et l'hôpital, mais sans téléphone précisé. Les 10 dernières fiches n'ont pas été remplies quant à l'identité du MH.
- Dans 5 fiches seulement est indiqué le nom du pharmacien clinicien ; dans tous les autres cas, le renseignement n'est pas donné.

En résumé, aucune des 21 fiches ne possède simultanément les noms des 4 professionnels à identifier. Si l'on enlève les pharmaciens cliniciens, seules 3 fiches ont les noms des trois autres professionnels de santé. Si l'on ne conserve que les coordonnées des MG et MS, il n'y a que 4 fiches qui ont simultanément les deux informations (11 fiches si on ne tient compte que du nom des deux médecins, indépendamment de leurs coordonnées).



Graphique 1: identification des personnes ressources sur les fiches de traitement utilisées (n=21).

2.4.2.2 Allergies, intolérances et dates de remplissage de la fiche

- Seules 6 fiches ont été remplies quant aux allergies, 2 pour les intolérances et une seule pour les médicaments non efficaces
- Si le remplissage de la date au domicile est indiqué dans 17 cas/21, celle du retour n'y est que dans 6 cas. En résumé, seules 5 fiches cumulent les deux renseignements (pour des durées d'hospitalisation de 2 jours, 3 jours (pour deux patients différents), 2 de 4 jours et une de 13 jours).

2.4.3 Phase d'hospitalisation et retour au domicile

- La partie concernant **le traitement reçu lors de l'hospitalisation** était complétée dans 11 des 21 fiches. Il est à noter que, pour les fiches qui ne comprenaient pas le nom du médecin hospitalier, l'absence de remplissage de cette partie de la fiche allait souvent de pair.
- Seules deux fiches n'étaient pas du tout complétées quant à la phase d'hospitalisation (colonne du milieu, « à l'hôpital »).
- Les 19 autres fiches comprenaient des informations quant aux **médicaments *per os* de retour au domicile**, et 14 de ces fiches réécrivaient (au moins pour partie, avec parfois un tiret pour d'autres noms de médicaments) le traitement *per os* à suivre. Une autre fiche ne comprenait qu'un seul nom de médicament, sans précision quant à la continuité des autres traitements. 4 autres fiches ne réécrivaient pas *in extenso* le traitement *per os* à suivre, mais indiquaient simplement « idem » ou utilisaient des flèches partant du traitement du domicile pour aller jusqu'à la case retour. Les
- Sur ces 19 fiches comprenant des informations sur le traitement de retour au domicile, seules 2 ne portaient pas d'indication complémentaire concernant **la posologie**.
- 4 fiches avaient un traitement *per os* non journalier indiqué (avec posologie) dans la partie « retour au domicile » (dans trois de ces 4 cas, il y en avait déjà un à l'entrée à l'hôpital).
- 8 fiches comprenaient également des données quant à un **traitement non *per os***, avec précision quant à la posologie (dont 5 qui existaient déjà avant l'hospitalisation) ;
- Seules 3 fiches avaient aussi d'autres médicaments avec posologie précisée (dont 2 déjà avant).
- 12 fiches **justifiaient également les modifications de traitement**, et 2 fiches la demande de remboursement.
- Seule une fiche comprenait des informations complémentaires (qui concernaient un arrêt de traitement antérieurement à l'hospitalisation, de la part du MG).

2.4.4 Éléments complémentaires

- Seules 4 fiches comportent des ratures, qui sont la conséquence d'une mauvaise lecture de la fiche ou de la manière de la remplir : le traitement d'hospitalisation (2 des cas) ou celui de retour au domicile (les 2 autres cas) ont été indiqués par erreur dans la partie domicile réservée au MG, avant correction. Dans une 5^{ème} fiche, le médecin spécialiste avait indiqué par mégarde son nom à la place du pharmacien d'officine – inversion des deux coordonnées.
- Dans 7 fiches, le cachet du MG est pour partie effacé, voire quasiment illisible.

2.5 Conclusion de la phase 2

La phase test de l'étude n'a remporté qu'un demi-succès. En effet, seul un faible nombre de fiches envoyées aux MG recrutés pour l'étude ont été effectivement complétées et renvoyées à l'équipe de recherche. Ainsi, sur les 200 fiches de traitement envoyées, seules 21 nous sont revenues, soit un taux de 10,5%. Nous reviendrons sur les possibles conclusion à tirer de ces faibles résultats lors de la conclusion de ce rapport.

De même, les fiches récupérées soulignaient de grandes divergences en matière de remplissage. On peut toutefois signaler le soin apporté au remplissage de la fiche lors de son initiation, avec une indication claire des posologies et des traitements non *per os*.

En dehors du MG, les trois autres professionnels de santé n'étaient pas systématiquement indiqués. Les MH et le pharmacien clinicien responsable étaient les interlocuteurs les plus souvent manquants. Plusieurs fiches ne comprenaient pas non plus le nom du médecin hospitalier, ce qui allait souvent de pair avec l'absence de remplissage de la partie correspondante.

En conséquence, il semble que l'appropriation de la fiche de traitement par les institutions hospitalières ait rencontré des difficultés, embûche qui avait été envisagée comme possible dès la première phase du projet. Ces difficultés étaient liées à la difficulté de sensibiliser par avance des acteurs hospitaliers, en dépit du caractère local de l'étude menée.

Il est aussi difficile de déterminer l'implication exacte des PEH, car la présence de leur coordonnées n'implique pas nécessairement une participation active (il est possible que ce soit le patient lui-même qui est complété cette partie de la fiche quant aux coordonnées de la pharmacie). Il est toutefois l'acteur le plus cité après le MG.

Pour autant, lorsque les fiches ont été effectivement remplies lors de l'hospitalisation, on constate que le même soin a été apporté aux médicaments *per os* à la sortie de l'hôpital que lors de l'hospitalisation. De même, les justifications lors de modifications de traitement étaient indiquées explicitement et dans de nombreuses fiches. La distinction du type d'administration du médicament (*per os* non journalier, non *per os*, etc.) a été bien utilisée, que ce soit par le MG ou lors de l'hospitalisation. Ces éléments concordent pour souligner la clarté et la pertinence du contenu de cette fiche de traitement.

Par ailleurs, les allergies et autres intolérances ont été rarement complétées, sans qu'il soit possible de savoir si cela est un manque de la fiche ou plus prosaïquement si cela est lié à l'absence de ce type de problèmes.

Certaines fiches n'étaient pas non plus complétées quant à la période de l'hospitalisation (colonne du milieu). Ces éléments paraissaient peut-être superfétatoires aux spécialistes hospitaliers, *a fortiori* car la partie concernant les médicaments à la sortie de l'hôpital était plus régulièrement remplie. Toutefois, il nous est difficile d'aller au-delà de la simple hypothèse, en raison de la faible participation des hospitaliers à la phase test de l'étude.

3 Phase 3 : évaluation de la fiche de traitement

3.1 Objectif

L'objectif de cette partie de l'étude était de recueillir l'opinion des utilisateurs de la fiche de traitement, concernant la facilité de remplissage de cette dernière, son exhaustivité et, *in fine*, la pertinence de ce nouvel outil dans la pratique des professionnels de santé.

3.2 Méthodologie

Afin de recueillir l'opinion des professionnels de santé, un questionnaire de satisfaction anonyme a été élaboré. Les critères retenus en matière de satisfaction concernaient la pertinence des informations contenues dans la fiche, leur exhaustivité quant au sujet traité, les modalités pratiques de remplissage (clarté, rapidité, aisance, etc.) et de transmission de la fiche. Ce questionnaire se trouve dans l'annexe 4.

Dès réception d'une fiche de traitement complétée, l'équipe de recherche envoyait le questionnaire à l'ensemble des professionnels de santé indiqués dans ladite fiche, avec une lettre d'accompagnement expliquant le but de ce questionnaire (annexe 5).

Toutefois, au vu du faible nombre de fiches récupérées, il a aussi été décidé d'envoyer un second questionnaire aux MG recrutés pour utiliser la fiche lors de la phase test, mais n'ayant finalement renvoyé aucune fiche. Ce second questionnaire comprenait une partie commune avec le premier questionnaire – concernant leur avis général sur la fiche et ses modalités de remplissage –, ainsi qu'une partie spécifique essayant de cerner les raisons pour lesquelles ils n'avaient finalement envoyé aucune fiche de traitement (aucun patient à hospitaliser, fiche remplie mais perdue lors de l'hospitalisation, refus des patients, etc.). Un exemplaire de ce questionnaire se trouve dans l'annexe 6.

3.3 Résultats⁴

31 questionnaires ont été envoyés aux professionnels de santé indiqués dans les fiches de traitement complétées et reçues par le DUMG (5 MG, 14 PEH, 11 MH et une pharmacienne clinicienne). Sur ces 31 questionnaires, seuls 7 nous ont été renvoyés dûment complétés.

De même, sur les 32 questionnaires envoyés aux MG n'ayant pas renvoyé de fiche de traitement, seuls 7 sont revenus complétés.

En tout, 14 questionnaires ont donc été reçus sur les 63 envoyés, soit un taux de réponse d'environ 22%.

3.3.1 Données concernant les répondants (n=14)

Parmi les répondants, douze étaient médecins généralistes et deux médecins spécialistes en gastro-entérologie. Il s'agissait de 5 femmes et 9 hommes. Trois étaient âgés de moins de 40 ans, 3 avaient entre 40 et 55 ans et 8 plus de 55 ans.

3.3.2 Expérience antérieure

La majorité des répondants (9) n'avaient pas d'expérience antérieure de fiche de traitement.

⁴ Les tableaux non présentés dans le corps du texte se trouvent situés en annexe 7.

Parmi les quelques expériences passées rapportées, étaient évoquées des fiches de traitements édités par leurs logiciels médicaux ou des fiches de traitements (ou de liaison) hospitalière ou de MRS.

Sur les 14 répondants, 11 déclaraient avoir été confrontés par le passé à des changements de traitements.

3.3.3 Contenu et format de la fiche

L'ensemble des répondants a trouvé qu'il était aisé de remplir la fiche de traitement. Selon eux, les différents éléments constitutifs de la fiche de traitement étaient faciles à comprendre et les parties qu'il leur était demandé de remplir étaient clairement identifiables. La majorité des participants (9) ont trouvé que remplir la fiche était rapide. Quant à police d'écriture, elle était vue comme assez grande.

Pour les répondants, les éléments contenus dans la fiche leur semblaient adaptés à leur pratique professionnelle, en contenant toutes les informations nécessaires pour favoriser la continuité du traitement. Aucun autre élément n'a été cité par les répondants.

Deux répondants ont toutefois indiqué qu'il leur paraissait nécessaire d'identifier, en plus des interlocuteurs déjà présents dans la fiche, l'infirmier à domicile.

Concernant le format de la fiche de traitement ensuite, la majorité des répondants ont trouvé que sa taille était adaptée à la fois pour son remplissage, son transport et sa lisibilité (tableau 4). Certains ont cependant fait remarquer que la partie réservée aux modifications de traitement pouvait être trop petite et la fiche trop grande pour pouvoir être glissée dans le portefeuille du patient. Deux répondants ont éprouvé des difficultés à remplir la fiche en raison de sa taille qu'ils jugeaient trop petite et du caractère glacé du papier qui n'accrochait pas l'encre.

Le format de la fiche vous semble adapté... (plusieurs réponses possibles)	
	N
pour remplir la fiche	10
pour être utilisé par fax	2
pour être transporté	10
pour voir rapidement les informations principales contenues	9
n'est pas adapté pour ces éléments	1
Total	32

Tableau 4 : Qualités concernant le format de la fiche de traitement selon les utilisateurs

3.3.4 Utilisation de la fiche

Sur les 14 médecins ayant répondu, seuls deux n'ont pas utilisé la fiche de traitement. Dans les 12 autres cas, les médecins ont effectivement rempli la fiche de traitement (2 médecins spécialistes lors de l'hospitalisation et de la sortie du patient, et 10 MG, dont 7 nous ont effectivement renvoyé des fiches de traitement).

Parmi eux, 8 l'ont récupéré au retour d'hospitalisation du patient. La majorité a rempli personnellement la fiche, parfois avec l'aide du patient. Seul un médecin a laissé le patient remplir seul la fiche. La transmission de la fiche s'est faite majoritairement par le patient ou sa personne de contact, tel que cela avait été défini *a priori* par l'équipe de recherche. Les autres fiches ont été directement transmises de médecin à médecin soit directement, soit par voie postale.

Transmission de la fiche à l'hôpital/au retour au domicile du patient	
	N
Le patient a repris la fiche avec lui.	5
La personne de contact du patient l'a reprise.	1
Le médecin l'a transmise directement à un autre médecin.	3
Le médecin l'a transmise par voie postale.	2
Total	11

Tableau 5 : Moyens par lesquels a été réalisée la transmission de la fiche de traitement

Quatre médecins n'ont pas récupéré les fiches de traitements qu'ils avaient remplies et envoyées. Ces fiches ont été transmises via le patient ou sa personne de contact et ont été perdues. Un répondant signale que le personnel de l'hôpital a refusé de remplir la fiche.

Devenir des fiches de traitements non récupérées	
	N
Elle a été perdue à l'hôpital.	2
Je ne sais pas ce qu'elle est devenue.	1
Le personnel de l'hôpital a refusé de remplir la fiche.	1
Total	4

Tableau 6 : Devenir des fiches de traitements non récupérées

Raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas utilisé les fiches de traitement (plusieurs réponses possibles)	
	N
Le médecin n'avait pas la fiche avec lui lorsqu'il a hospitalisé un patient.	3
L'hospitalisation s'est déroulée sans le concours du médecin.	3
Le médecin a préféré l'impression du traitement chronique à partir de son logiciel informatique.	2
Les patients hospitalisés ne correspondaient pas à ceux de l'étude (patient ayant au moins 5 médicaments de manière chroniques).	1
C'était trop compliqué.	1
Cela demandait trop de temps.	1
Total	11

Tableau 7 : Raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas utilisé les fiches de traitement

Trois médecins n'ont pas rempli la fiche, principalement car ils n'avaient pas la fiche avec eux lorsqu'ils ont hospitalisé un patient ou du fait que l'hospitalisation s'est faite sans leur concours. Deux d'entre eux ont également préféré l'impression du traitement chronique à partir du logiciel informatique. Un répondant a fait remarquer que la complexité d'utilisation de cette fiche était liée aux exigences liées au comité d'éthique ayant validé la recherche (consentement éclairé) et non à l'utilisation de la fiche elle-même.

3.3.5 Intérêt de la fiche de traitement

La majorité des répondants ont déclaré que la fiche de traitement semblait leur apporter un plus dans leur pratique (10 sur les 14 ayant répondu).

Cet outil vous semble apporter un plus dans la pratique	
	N
Oui, tout à fait	5
Oui, légèrement	5
Non, assez peu	2
Non, cela n'amène rien de plus	2
Total	14

Tableau 8 : Intérêt dans la pratique

Ces médecins souhaiteraient pouvoir en bénéficier à l'avenir à la fois en versions papier et informatique.

Selon les répondants, les patients pour lesquels l'utilisation de la fiche de traitement semble la plus adaptée sont : les patients polymédiqués, les patients ayant des troubles cognitifs ou ne connaissant pas leur traitement et les patients devant subir une hospitalisation programmée.

L'utilisation de cette fiche semble pertinente...	
	N
Pour tous les types de patients	4
Seulement pour certains types de patients	8
N'est pas pertinente	2
Total	14

Tableau 9 : Patients cibles pour une utilisation de la fiche dans la pratique

Concernant les relations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire, la fiche de traitement semble surtout apporter une meilleure connaissance de la prise en charge médicamenteuse du patient et faciliter la communication entre professionnels de santé.

Concernant les relations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire, cette fiche semble (plusieurs réponses possibles)	
	N
Apporte une meilleure connaissance de la prise en charge médicamenteuse du patient	11
Facilite la communication entre professionnels de santé	11
Améliore la connaissance des autres professionnels de santé	6
N'est pas pertinente	1
Total	29

Tableau 10: Plus value de la fiche de traitement dans les relations entre milieux hospitalier et ambulatoire

3.4 Conclusion

Au vu du faible nombre de questionnaires récupérés – liés au peu de fiches de traitement récupérées par l'équipe de recherche – il s'avère difficile de tirer des conclusions quant à la fiche de traitement. Cette complexité est renforcée par le fait que, sur les 14 questionnaires récupérés, 12 ont été remplis par des MG. Dès lors, l'évaluation de la fiche de traitement par les quatre groupes professionnels visés par l'étude n'est pas possible.

Nonobstant, si l'on ne s'en tient qu'aux réponses obtenues au questionnaire, il apparaît que la fiche de traitement est saluée par les répondants comme étant un outil utile à la pratique, à la dimension pratique indéniable, et dont une partie importante des répondants souhaiterait pouvoir bénéficier

encore à l'avenir – au format actuel, mais aussi en version informatique, cette dernière remarque faisant écho aux discussions entendues lors de la première phase, de création de la fiche de traitement. Les deux évaluations vont donc dans le même sens : celle d'une utilité potentielle de ce type d'outil dans la pratique.

L'utilité supposée de cette fiche de traitement est renforcée par l'expérience des praticiens, dont une majorité évoque des problèmes rencontrés antérieurement en matière de continuité du traitement médicamenteux. Toutefois, l'outil est souvent considéré comme pertinent seulement pour certains types de patients, qui correspondaient justement à ceux visés dans l'étude, les patients polymédiqués ou complexes.

4 Conclusion générale

Créer une fiche de traitement afin d'améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre les lignes de soins n'est pas chose aisée. Certes, le défi est séduisant et la nécessité de changements reconnue par une grande majorité des professionnels de santé, aussi bien dans cette étude que dans celle qui l'avait précédée, Medic Hop 2. Pour autant, la réalisation pratique de l'outil s'avère plus complexe. C'est du moins ce que nous avons pu vérifier au cours de cette étude.

Le fait d'avoir réuni autour d'une même table quatre groupes professionnels distincts est un atout majeur de ce projet, qu'il nous semble important de souligner. Ces deux rencontres courtoises et conviviales entre protagonistes du traitement médicamenteux ont permis à ces professionnels d'échanger entre eux, de confronter leurs difficultés et d'explicitier leur mode de fonctionnement sur un mode constructif, dont la fiche de traitement est le fruit. Il s'agit là d'un résultat concret : la réalisation d'un outil opérationnel de liaison entre les lignes de soins, reprenant le traitement médicamenteux d'un patient. En ce sens, la fiche de traitement a permis de constituer un terrain commun de pratiques professionnelles, en tenant compte des intérêts et des informations nécessaires à ces catégories d'acteurs.

Avoir bénéficié d'un infographiste qui a su mettre ses compétences professionnelles au service des protagonistes a aussi permis de concrétiser de manière professionnelle et esthétique cette volonté commune d'améliorer la pratique. La qualité de ce travail a d'ailleurs été saluée lors de l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs de cet outil (en termes de facilité d'utilisation, de facilité de compréhension, etc.). *Ipsa facto*, en dépit du faible nombre de répondants, il est notable que quasiment tous ceux qui ont renvoyé le questionnaire d'évaluation de l'outil faisaient part de leur satisfaction quant à cet outil et répondaient par l'affirmative lorsqu'il leur était demandé s'ils souhaiteraient pouvoir encore en bénéficier à l'avenir. Toutefois, la question qui reste en suspens est de savoir si ceux qui n'ont pas renvoyé le questionnaire de satisfaction ou ceux qui n'ont pas utilisé la fiche l'ont fait car cet outil ne les satisfaisait pas. Ici aussi, peu de MG n'ayant pas utilisé la fiche nous ont renvoyé le questionnaire complété, entravant la possibilité d'aller plus loin dans l'analyse sur ce point.

Toutefois, cette étude fournit un certain nombre d'enseignements exploitables pour toute réflexion sur un outil (indépendamment de sa forme, papier ou informatique) qui a vocation à être utilisé par des professionnels provenant de différentes lignes de soins. L'évolution de ce type d'outil vers l'informatisation est inévitable et nécessaire : les dossiers papiers sont délaissés pour les logiciels médicaux, et l'automatisation permet un gain de temps appréciable. Cette étude peut y contribuer en fournissant les éléments qui font consensus aux professionnels impliqués, pour une future fiche informatique inter-lignes. Cette possibilité relaie l'intérêt exprimé par les professionnels pour l'informatisation et la congruence informatique de cet outil.

L'informatisation peut aussi permettre la disponibilité de ce type d'informations en temps réel pour les hospitalisations non programmées ou urgentes : la mise à disposition à partir du dossier informatisé du médecin généraliste, ou l'apport du dossier pharmaceutique du pharmacien d'officine, pourraient contourner le problème de l'accès rapide à ces informations.

Nonobstant, les réunions de travail ont aussi fait émerger des difficultés dont il fallait tenir compte dans le cadre de l'étude, difficultés qui ont fortement pesé sur le processus et qui ont pénalisé ses résultats. L'une des difficultés majeures de cette étude était la transposition des bonnes intentions des protagonistes de la création de la fiche dans la réalité de la pratique. Et c'est là que le bât blesse : la réalité du terrain se laisse plus difficilement appréhender, elle est multiple et parfois insaisissable, fruit autant des volontés individuelles, des caractéristiques idiosyncrasiques que des modalités pratiques des organisations professionnelles. Ces difficultés ne sont certes pas nouvelles, puisque la plupart d'entre elles ont été envisagées dès la phase de création de la fiche, sans qu'il ait été pour autant possible de les contourner.

Dans cette mesure, l'une des premières difficultés entrevues était de réussir à toucher l'ensemble des acteurs de terrain, qui pouvaient avoir entre les mains cet outil créé pour l'occasion. En dépit d'une lettre d'accompagnement et de personnes relais au sein des principales structures hospitalières, il faut bien reconnaître que nous n'avons guère réussi à toucher ces hospitaliers, qu'ils soient médecins ou pharmaciens cliniciens. Il en résulte ainsi des fiches perdues à l'hôpital, ou rendues vierges de toute annotation lors du séjour hospitalier du patient.

De même, si les pharmaciens d'officine semblaient être des acteurs pertinents pour notre étude, il faut là aussi admettre qu'ils ne semblent guère avoir été des relais dans la phase test : s'ils ont été renseignés dans la fiche, cela ne signifiait pas pour autant une implication concrète, confirmée par le faible nombre de questionnaires complétés et renvoyés. Cela participe au débat d'actualité sur les modalités de collaboration du PEH au suivi d'un patient, que nous avons identifié lors des échanges du groupe pluridisciplinaire de cette étude. Ceci s'intègre également à l'entretien d'accompagnement d'une nouvelle médication pour le patient asthmatique chronique⁵ (depuis le 01 octobre 2013). Quant aux pharmaciens cliniciens, leur faible nombre en milieu hospitalier dans la région étudiée explique leur faible présence au final dans l'étude.

Au vu de ces difficultés, l'une des principales faiblesses de cette étude – et donc des conclusions qu'il est légitimement possible d'en tirer – renvoie à la complexité de toucher les deuxième et troisième lignes de soins, desquelles il nous est difficile de connaître l'opinion sur le sujet.

Pour complexifier encore davantage les choses, les MG qui devaient être les relais et les instigateurs des fiches de traitement n'ont finalement pas rempli leur mission à hauteur de nos espérances. Sans leur en tenir rigueur, cette finalement faible implication d'acteurs pourtant recrutés pour l'occasion s'explique par divers éléments. On peut y voir l'absence de patients à hospitaliser durant la phase-test de l'étude, qui a été d'une durée assez courte (4 mois) ou des hospitalisations imprévisibles au moment desquelles les MG n'avaient pas à disposition les fiches de traitement. Le recours à un comité d'éthique pour approbation de l'étude a également alourdi la procédure du fait du consentement éclairé que le patient devait signer. D'autres MG, qui avaient effectivement rempli les fiches, n'ont pas non plus pu nous les renvoyer, car ces fiches se sont perdues en cours de route, lors de l'hospitalisation du patient. Enfin, cette fiche de traitement pouvait s'avérer redondante avec d'autres documents utilisés par les médecins, notamment les documents automatisés des logiciels informatiques.

⁵ <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/pharmacists/agreements/enm-bnm.htm>, consulté le 30 janvier 2013.

Mais, cette difficulté de sensibilisation et de participation pourrait peut-être être surmontée par l'adoption commune, à l'échelle d'une région et par les différents milieux professionnels concernés, d'une même procédure et d'un même outil. Chaque institution a mis en oeuvre, au cours du temps, des pistes de solutions et celles-ci se sont accumulées, voire sont entrées en compétition, sur un même territoire. Une des missions du SISD pourrait être de veiller à créer un consensus entre les soignants de la 1^{ère} ligne, en incluant les acteurs locaux de la 2^{ème} ligne de soins.

Pour autant, ces difficultés d'utilisation de la fiche ne sont pas exhaustives. Effectivement, elles n'expliquent pas le peu de questionnaires d'évaluation reçus, alors même que tous les MG recrutés dans l'étude avaient reçu ce questionnaire, qu'ils aient ou non rempli la fiche. C'est ici que l'on voit poindre à nouveau cet argument intangible déployé de manière récurrente par les MG : le manque de temps. Il est indéniable que remplir la fiche de traitement peut prendre un certain temps, denrée rare chez les médecins, et constituer un frein à l'utilisation de la fiche, et donc également au remplissage du questionnaire.

Mais, en filigrane de cette faible utilisation de la fiche, on peut y voir le manque de communication entre les lignes de soins – dont l'une des conséquences majeures est justement les changements non justifiés de traitement lors du passage d'une ligne de soins à l'autre –, déficit qui peut aussi expliquer la faible sensibilisation, voire même l'investissement peu prononcé, des médecins hospitaliers dans la fiche de traitement. En corollaire, les fiches récupérées témoignent peut-être d'une communication de qualité entre MG et médecin hospitalier, qui favorise la collaboration autour de cet outil. Cet argument apparaît d'autant plus plausible que certains MG, contactés lors du recrutement, avaient évoqué la possibilité de passer un coup de téléphone au médecin hospitalier pour s'assurer que ce dernier remplisse effectivement la fiche. Or, il se trouve que c'est justement parmi ces MG que se trouvent les fiches de traitement remplies par les deux lignes de soins. En conséquence, la création d'un outil, aussi bon soit-il, ne pourra jamais se substituer à une communication efficace entre professionnels de santé, qui est un axiome nécessaire à une prise en charge efficace d'un patient. En l'absence d'obligations légales à utiliser des outils communs entre les différentes lignes de soins, ou d'automatisation informatique, il semble que ce soit encore là le meilleur moyen d'assurer une prise en charge optimale d'un patient, aspect que la fiche de traitement créée nous a permis de souligner bien involontairement.

En définitive, si l'étude a permis de créer un outil apte à favoriser la continuité du traitement, l'utilisation imparfaite et sous-exploitée que nous avons pu constater au cours de cette étude souligne que cette initiative n'est pas, en l'état actuel, la solution la plus adaptée au contexte de l'étude. Cela signifie que le souci de continuité du traitement persiste et qu'il faut peut-être chercher ailleurs des solutions, pour faire face à ce problème qui a des conséquences aussi bien au niveau individuel – chez le patient concerné – qu'au niveau sociétal, avec des dépenses de santé qui pourraient être évitées.

En outre, une possibilité d'étendre la gamme des professionnels impliqués dans la continuité du traitement médicamenteux entre les lignes de soins a été évoquée lors de l'évaluation de l'outil : l'infirmier de 1^{ère} ligne (infirmier à domicile ou infirmier responsable de la maison de repos) pourrait transmettre les données du traitement, qu'il manipule presque quotidiennement, lors d'hospitalisations survenant sans le concours du MG. Le rôle de l'infirmier d'hôpital est plus restreint lors de la phase de retour d'hospitalisation, car la responsabilité du traitement incombe toujours au

médecin prescripteur. Néanmoins, il semble pouvoir jouer un rôle au moment même de l'hospitalisation, comme cela avait été évoqué dans l'un des questionnaires reçus, où l'infirmier hospitalier est parfois le professionnel de santé qui reçoit la fiche.

L'étude que nous avons réalisée ici se situe également dans la droite ligne des recommandations du rapport KCE sur la continuité du traitement médicamenteux, qui préconise le renforcement de la coordination et de la concertation aux niveaux régional et local, pour définir des pratiques communes aux différents professionnels. Le cadre dans lequel pourraient se tenir ces échanges n'existe peu ou pas actuellement. Des initiatives de structuration de la concertation locale entre lignes de soins existent actuellement, à l'instar du projet SYLOS porté aussi par le GLS. Ce dernier projet pourrait être ce lieu d'échange et d'élaboration commune entre professionnels.

Néanmoins, d'autres solutions peuvent aussi exister. La genèse de la phase trois de cette étude se situe dans les conclusions du rapport Medic Hop 2 (2012). Nous avons choisi de mettre en œuvre les trois propositions les plus consensuelles qui étaient ressorties du Delphi. Néanmoins, consensualité n'est pas nécessairement synonyme de pertinence, d'efficacité ou de praticabilité. Aussi, peut-être faut-il revenir à l'ensemble des propositions qui avaient été émises dans le rapport Medic Hop 2, pour y chercher d'autres pistes d'action à mettre en œuvre à l'avenir. Parmi ces propositions, nous trouvons celles-indiquées dans le tableau ci-dessous.

<u>Autres propositions issues de l'étude précédente Medic Hop2 (2012)</u>
Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour les épisodes de soins significatifs
Favoriser la centralisation des données du traitement du patient.
Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour tous les faits de santé
Fournir au médecin hospitalier un outil d'optimisation de prescription par un logiciel informatique
Le médecin prescripteur hospitalier réalise les démarches administratives Bf à la sortie avec aide et rappel
Reprendre les caractéristiques initiales des médicaments s'ils n'ont pas été modifiés.
Identifier un interlocuteur clef autre que le patient pour le traitement de sortie du patient à domicile.

Au vu des autres propositions incluses lors de la phase précédente de Medic Hop, les trois premières ont déjà été discutées quelques lignes auparavant dans cette conclusion comme étant des pistes d'amélioration nécessaires pour faire exister et perdurer la fiche de traitement créée lors de cette étude. Ensuite, si l'on regarde les autres propositions émises, se trouvent également d'autres pistes d'action qu'il serait possible de mettre en œuvre. Il s'agirait là d'avoir un outil d'optimisation de prescription à destination du médecin hospitalier ou encore d'avoir un interlocuteur-clef pour chaque patient, vers qui il serait possible de se tourner pour assurer une continuité du traitement, avec une centralisation des informations autour d'une personne.

Enfin, retourner vers les différents professionnels de santé qui avaient participé à la phase de création de la fiche pour présenter les résultats de l'étude et avoir une discussion collégiale sur les suites à apporter ou les changements à opérer constitueraient d'autres possibilités de poursuite de cette étude, dont les volets successifs conduisent à mieux cerner le problème pour dégager des pistes de solutions adaptées au niveau local.

Annexe 1 : fiche d'information à destination des professionnels de santé



Création et évaluation d'une fiche destinées à favoriser

la continuité du traitement entre les lignes de soins

Projet de recherche « Medic Hop 3 »

Madame, Monsieur, Cher confrère

La fiche de traitement qui est jointe à ce courrier a été réalisée dans le cadre d'une recherche consacrée à la continuité du traitement médicamenteux entre les lignes de soins. Elle est financée par le Groupement Pluraliste Liégeois des services et soins à domicile (GLS). C'est le département de Médecine Générale de l'Université de Liège (DUMG) qui est en charge de l'évaluation de cette fiche.

Ce projet de recherche a reçu **l'approbation du Comité d'éthique** Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (n° B707201317393).

4.1 Objectifs de la recherche

- **Tester une fiche de traitement** qui accompagne le patient lors d'une hospitalisation et du retour à domicile ;
- **Évaluer la pertinence et l'intérêt de cette fiche** en vue d'assurer une meilleure continuité du traitement médicamenteux entre les lignes de soins, bénéficiant aussi bien aux patients qu'aux professionnels de santé.

La fiche de traitement qui vous est proposée ici **a été réalisée avec l'aide de professionnels de terrain** (médecins hospitaliers, pharmaciens cliniciens et d'officine, médecin généraliste), afin d'améliorer la continuité du traitement tout en tenant compte des intérêts des professionnels de santé. Cette fiche **s'adresse aux différents prestataires de soins** (médecin généraliste, pharmacien extra-hospitalier, médecin spécialiste et pharmacien clinicien hospitalier).

4.2 Déroulement de la recherche

30 médecins généralistes et 10 médecins coordinateurs de maisons de repos recrutent chacun 5 patients nécessitant une hospitalisation et ayant au minimum 5 médicaments chroniques.

Ils remplissent la partie de la fiche de traitement qui leur est réservée.

Le patient, ou la personne désignée comme personne de contact, se rend chez son pharmacien habituel pour faire compléter la fiche.

Le patient se rend à l'hôpital avec sa fiche de traitement qu'il remet au médecin responsable de son hospitalisation. Le médecin traitant peut aussi envoyer lui-même la fiche au médecin hospitalier.

Le médecin hospitalier et le pharmacien clinicien complètent la partie de la fiche correspondant à la période d'hospitalisation et au retour à domicile. Ils remettent ensuite la fiche au patient à destination de son médecin traitant ou l'envoie directement à celui-ci.

Le médecin généraliste anonymise la fiche (en enlevant l'étiquette ou en barrant le nom) et la renvoie à l'équipe de recherche.

Il est demandé **au médecin généraliste de remplir un tableau reprenant les patients inclus** dans l'étude, en précisant **le lieu de leur hospitalisation**.

4.3 Évaluation de la fiche de traitement

Une fois les fiches récupérées, les chercheurs du DUMG vous **enverront un questionnaire** afin d'évaluer l'intérêt et la pertinence de cette fiche de traitement. Ce questionnaire, **anonyme**, ne demandera **que quelques minutes** pour être complété.

4.4 Comment remplir la fiche de traitement ?

Le **médecin généraliste** remplit en premier la fiche. Il identifie le patient et sa personne de contact (cadre bleu).

Médecin traitant et pharmacien d'officine inscrivent le traitement à domicile, les changements de traitement récents et les allergies/intolérances (cadre rouge).

Le **médecin hospitalier et le pharmacien clinicien** complètent la partie réservée au traitement hospitalier et au retour à domicile, en précisant les raisons des modifications de traitement et si une demande de remboursement a été envoyée (cadre vert).

Chaque prestataire de soin s'identifie dans la case *ad hoc*.

4.5 Personnes de contact

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez contacter :



Frédéric Ketterer, sociologue
f.ketterer@ulg.ac.be
 04.366.98.31

Vous pouvez également contacter :



Nicolas **Berg**
 Gériatrie
 04.225.66.02

Patricia **Dewez**
 Pharmacie
 04.225.67.92



Nicole **Smelten**
 Néphrologue
 bip 1286
 GSM 0486.27.03.02



Renaud **Maquet**
 Pharmacien candidat spécialiste
 bip 2888
 04.224.80.60



Thierry **Van Hees**
 Pharmacie clinique
tvvanhees@chu.ulg.ac.be
 04.366.81.06

Annexe 2 : fiche d'information distribuée aux patients

1. Titre de la recherche

« Medic Hop 3 – Création et évaluation d'une fiche destinée à favoriser la continuité du traitement entre les lignes de soins ».

2. But de cette recherche

L'objectif de l'étude est de recueillir l'opinion des professionnels de santé concernant la pertinence et l'intérêt de la fiche de traitement utilisée dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient.

3. Financement de la recherche

La recherche est financée par le Groupement Pluraliste Liégeois des services et soins à domicile (GLS). La recherche est conduite par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège (DUMG).

4. Description de la recherche

Les professionnels de santé sont invités à remplir un questionnaire de satisfaction concernant la fiche de traitement utilisée. La fiche de traitement est envoyée aux chercheurs par le médecin généraliste, après que ce dernier ait supprimé les données d'identification du patient.

5. Participation et arrêt

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous pouvez refuser de participer à l'étude et vous pouvez vous retirer à tout moment sans devoir en donner la raison. Si vous participez, nous vous demanderons de signer le formulaire de consentement.

6. Approbation par le comité d'éthique

Cette étude a été examinée et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège. En aucun cas, vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à l'étude.

7. Risques

En vertu de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant ou à ses ayants-droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation.

8. Bénéfices

Les conclusions de cette recherche seront analysées par les chercheurs et communiquées au GLS pour tenter d'améliorer la continuité du traitement médicamenteux et éviter les changements de traitements qui ne sont pas nécessaires.

9. Confidentialité

En accord avec les lois belges du 8 décembre 1992 et du 22 août 2002, votre vie privée sera respectée et vous recevrez accès aux données rassemblées. Chaque donnée incorrecte peut être corrigée à votre demande. **L'identité des patients concernés par la fiche de traitement n'apparaîtra que sur le formulaire de consentement.** Votre médecin généraliste enlèvera votre nom de la fiche de traitement, et il sera donc impossible de relier la fiche de traitement à vous. Les données sont conservées dans l'ordinateur du chercheur, protégé par un mot de passe.

10. Personne de contact

Frédéric Ketterer - Département de Médecine générale Bât B23 – 4000 Liège

Tél : 04-366 98 31 ; f.ketterer@ulg.ac.be

Ce document d'information vous est remis avant la demande de consentement que nous vous demanderons de signer.

Annexe 3 : feuille de consentement du patient

J'ai lu le document « information aux participants » et ai été informé des conditions de l'étude « Medic Hop 3 – Création et évaluation d'une fiche destinée à favoriser la continuité du traitement entre les lignes de soins ». J'en ai compris la teneur et accepte de participer à l'enquête.

J'ai reçu des explications sur les risques et les avantages de l'étude. J'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions et ai été informé de l'existence d'un numéro d'appel (04/366.98.31) mis à ma disposition.

J'accepte que les informations, contenues dans la fiche de traitement, soient utilisées dans le cadre de cette étude, sans que mon nom n'apparaisse à aucun moment. Les fiches de traitement seront rendues anonymes par mon médecin généraliste.

Je suis conscient que cette étude est approuvée par un comité d'éthique médicale. Cette approbation n'est en aucun cas la raison de ma décision de participer à l'étude.

Je peux à tout moment me retirer de l'étude sans devoir donner de raison à cette décision.

J'accepte de participer à l'étude.

Nom du volontaire :

Date :

Signature

Fait en deux exemplaires, dont un remis au participant.

Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction (initial) envoyé aux professionnels de santé ayant rempli la fiche de traitement



Questionnaire d'évaluation de la fiche de traitement

Projet de recherche Medic Hop 3

Ce questionnaire est strictement **anonyme**. Il a pour but **d'évaluer la pertinence** de la fiche de traitement que vous avez utilisée récemment, dans le cadre d'une recherche menée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège. Nous vous garantissons la **confidentialité des données**, qui ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude, dans le seul but énoncé précédemment. Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à le compléter.

Il vous est demandé de cocher la case correspondant à votre réponse et, lorsque cela est précisé, de préciser cette dernière.

L'enveloppe jointe à ce questionnaire vous permettra ensuite de nous retourner le questionnaire dûment rempli. En cas de problème ou de question complémentaire, vous pouvez vous adresser à :

Frédéric Ketterer : f.ketterer@ulg.ac.be ; 04-366-98-31.

1/ Avez-vous rempli vous-même la fiche de traitement ?

- ☐ Oui (passez à la question 3)
- ☐ Non.

2/ Quelle est la fonction de la personne qui l'a remplie ?

.....

3/ Sous quelle forme a eu lieu la transmission de la fiche à l'hôpital/au retour au domicile du patient ?

- Le patient a repris la fiche avec lui (→ passez à la question 5)
- La personne de contact du patient l'a reprise (→ passez à la question 5)
- Vous l'avez envoyée vous-même au médecin renseigné dans la fiche
- Je ne sais pas (→ passez à la question 5)

4/ Par quel moyen s'est fait l'envoi ?

- Par voie postale
- Par fax
- Autre (précisez).....

5/ Remplir la fiche de traitement a été :

- Très rapide
- Rapide
- Un peu long
- Trop long

6/ Remplir la fiche a été :

- Très simple
- Plutôt simple
- Assez complexe
- Très complexe

7/ Des éléments de la fiche sont-ils difficile à comprendre ?

- Oui. Lesquels ?
- Non

8/ Les différents éléments renseignés dans la fiche vous paraissent-ils adaptés à votre pratique professionnelle ?

- Oui (→ passez à la question 10)
- Non

9/ Quels sont les éléments qui constituent un obstacle à son utilisation ?

.....

10/ Avez-vous identifié tout de suite la partie de la fiche qu'il vous était demandé de remplir ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11/ La fiche vous semble-t-elle contenir toutes les informations indispensables pour favoriser la continuité du traitement dans l'intérêt du patient ?

- ☐ Oui (→ passez à la question 13)
- ☐ Non

12/ Quels sont les éléments supplémentaires qu'il conviendrait d'inclure ?

.....

13/ Quels sont les interlocuteurs évoqués dans la fiche de traitement dont vous vous souvenez ?

.....

14/ Si un interlocuteur supplémentaire vous paraît nécessaire, quel est-il ?

.....

15/ La fiche de traitement devrait-elle standardiser la manière d'indiquer les médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (→ passez à la question 17)

16/ Sous quelle forme devrait se faire cette standardisation ?

.....

17/ Le format de la fiche vous semble adapté... (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour remplir la fiche
- ☐ Pour être utilisée par fax
- ☐ Pour être transportée
- ☐ Pour voir rapidement les informations principales contenues
- ☐ N'est pas adapté pour ces éléments

18/ La taille de la fiche est-elle ?

- ☐ Suffisante
- ☐ Trop grande
- ☐ Trop petite

19/ Les caractères imprimés de la fiche sont-ils ?

- ☐ D'une taille adéquate
- ☐ Trop petits
- ☐ Trop grands

20/ Avez-vous rencontré des difficultés lors du remplissage de cette fiche ?

- ☐ Oui (précisez lesquelles)
- ☐ Non

21/ Si vous pensez que la fiche de traitement devrait contenir d'autres informations, indiquez lesquelles :

.....

22/ Aviez-vous déjà une expérience antérieure d'une fiche de traitement ?

- ☐ Oui, dans mon service/mon hôpital/ma maison de repos et de soins
- ☐ Oui, j'ai participé à un groupe de travail sur le sujet
- ☐ Oui, autre (précisez)
- ☐ Non

23/ Avez-vous déjà été confronté à des changements injustifiés de traitement lors du passage du patient du domicile à l'hôpital ou de l'hôpital au domicile ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, mais rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Ne sais pas

24/ Cet outil vous semble-t-il apporter un plus dans votre pratique ?

- Oui, tout à fait
- Oui, légèrement
- Non, assez peu
- Non, cela n'amène rien de plus

25/ Souhaiteriez-vous pouvoir de nouveau bénéficier à l'avenir de cet outil ?

- Oui
- Non (→ passez à la question 27)

26/ Souhaiteriez-vous en bénéficier ?

- En version papier
- En version informatique
- Dans les deux versions (papier et informatique)

27/ Concernant les relations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire, cette fiche vous semble (plusieurs réponses possibles) :

- Apporter une meilleure connaissance de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Améliorer la connaissance des autres professionnels de santé impliqués
- Faciliter la communication entre professionnels de santé
- Ne rien apporter de plus

28/ L'utilisation de cette fiche vous semble pertinente...

- Pour tous les types de patients (→ passez à la question 30)
- Seulement pour certains types de patients
- N'est pas pertinente (→passez à la question 30)

29/ Pour quels types de patients est-elle plus adaptée ?

.....

30/ Avez-vous d'autre(s) suggestion(s) à faire concernant cette fiche ?

.....

31/ Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

32/ Quel âge avez-vous ?

.....

33/ Votre profession ?

- ☐ Pharmacien d'officine (extra hospitalier)
- ☐ Pharmacien clinicien (hospitalier)
- ☐ Médecin spécialiste (précisez la spécialité).....
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin généraliste coordinateur de maisons de repos et de soins

Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire



Création et évaluation d'une fiche destinée à favoriser

la continuité du traitement entre les lignes de soins

Projet de recherche « Medic Hop 3 »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du projet d'étude Medic Hop 3, réalisé par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège, vous avez eu à compléter une (ou plusieurs) fiche(s) de traitement, dont un exemplaire est joint à ce courrier. Cette fiche est une tentative pour améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre les lignes de soins lors de l'hospitalisation d'un patient.

Afin de mesurer l'efficacité de cette fiche, nous sollicitons aujourd'hui votre avis quant à son intérêt et à sa pertinence. Pourriez-vous, dès lors, compléter le court questionnaire accompagnant cette lettre et nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe jointe, qui ne nécessite pas d'être affranchie ?

Votre participation et votre avis s'avèrent très importants en vue de pouvoir tirer des conclusions concernant cette initiative. C'est pourquoi nous vous remercions d'avance pour le temps que vous voudrez bien consacrer à notre demande.

Pour toute question ou information complémentaire, vous pouvez contacter :

Frédéric Ketterer, Département de Médecine Générale, ULg, f.ketterer@ulg.ac.be; 04-366-98-31.

Pour l'équipe de recherche,
Frédéric Ketterer
Sociologue, PhD
Département Universitaire de Médecine générale
CHU du Sart-Tilman, bâtiment B23
4000 Liège

Annexe 6 : Second questionnaire, envoyé aux MG n'ayant pas renvoyé de fiche de traitement



Questionnaire d'évaluation de la fiche de traitement

Projet de recherche Medic Hop 3

Ce questionnaire est strictement **anonyme**. Il a pour but **d'évaluer la pertinence** de la fiche de traitement que nous vous avons adressée, dans le cadre d'une recherche menée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège. Nous vous garantissons la **confidentialité des données**, qui ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude, dans le seul but énoncé précédemment. Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à le compléter.

Il vous est demandé de cocher la case correspondant à votre réponse et, lorsque cela est indiqué, de préciser cette dernière.

L'enveloppe jointe à ce questionnaire vous permettra ensuite de nous retourner le questionnaire dûment rempli. En cas de problème ou de question complémentaire, vous pouvez vous adresser à :

Frédéric Ketterer : f.ketterer@ulg.ac.be ; 04-366-98-31.

Concernant votre utilisation (ou non) de la fiche de traitement

1/ Avez-vous utilisé et rempli la fiche de traitement ?

- ☐ Oui (passez à la question 3)
- ☐ Non.

2/ Pour quelles raisons ne l'avez-vous pas utilisée ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je n'ai pas eu l'occasion d'hospitaliser de patients durant la période de l'étude
- ☐ C'était trop compliqué
- ☐ Cela demandait trop de temps
- ☐ Je n'avais pas la fiche avec moi lorsque j'ai hospitalisé un patient

- Les patients hospitalisés ne correspondaient pas à ceux de l'étude (patient ayant au moins 5 médicaments de manière chronique)
- J'ai oublié
- Autre (précisez)

3/ Avez-vous rempli une ou plusieurs fiches de traitement, mais sans les récupérer ensuite ?

- Oui
- Non (passez à la question 8)

4/ Qu'est-il advenu de cette ou de ces fiches non récupérées ? (plusieurs réponses possibles)

- Elle a été perdue à l'hôpital
- Le patient a oublié de prendre sa fiche avec lui lors de l'hospitalisation
- Le patient a perdu sa fiche (avant ou après l'hospitalisation)
- Le médecin spécialiste a refusé de remplir la fiche
- Je ne sais pas ce qu'elle est devenue
- Autre (précisez).....

5/ Sous quelle forme a eu lieu la transmission de la fiche à l'hôpital ?

- Le patient a repris la fiche avec lui
- La personne de contact du patient l'a reprise
- Vous l'avez envoyée vous-même au médecin renseigné dans la fiche
- Je ne sais pas

6/ Remplir la fiche de traitement a été :

- Très rapide
- Rapide
- Un peu long
- Trop long

7/ Remplir la fiche a été :

- Très simple
- Plutôt simple
- Assez complexe
- Très complexe

Concernant la fiche de traitement de manière générale

8/ Des éléments de la fiche sont-ils difficile à comprendre ?

- ☐ Oui. Lesquels ?
- ☐ Non

9/ Les différents éléments renseignés dans la fiche vous paraissent-ils adaptés à votre pratique professionnelle ?

- ☐ Oui (→ passez à la question 10)
- ☐ Non

10/ Quels sont les éléments qui constituent un obstacle à son utilisation ?

.....

11/ Avez-vous identifié tout de suite la partie de la fiche qu'il vous était demandé de remplir ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

12/ La fiche vous semble-t-elle contenir toutes les informations indispensables pour favoriser la continuité du traitement dans l'intérêt du patient ?

- ☐ Oui (→ passez à la question 13)
- ☐ Non

13/ Quels sont les éléments supplémentaires qu'il conviendrait d'inclure ?

.....

14/ En plus des interlocuteurs évoqués dans la fiche, si un interlocuteur supplémentaire vous paraît nécessaire, quel est-il ?

.....

15/ La fiche de traitement devrait-elle standardiser la manière d'indiquer les médicaments ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (→ passez à la question 17)

16/ Sous quelle forme devrait se faire cette standardisation ?

.....

17/ Le format de la fiche vous semble adapté... (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour remplir la fiche
- ☐ Pour être utilisée par fax
- ☐ Pour être transportée
- ☐ Pour voir rapidement les informations principales contenues
- ☐ N'est pas adapté pour ces éléments

18/ La taille de la fiche est-elle ?

- ☐ Suffisante
- ☐ Trop grande
- ☐ Trop petite

19/ Les caractères imprimés de la fiche sont-ils ?

- ☐ D'une taille adéquate
- ☐ Trop petits
- ☐ Trop grands

20/ Avez-vous rencontré des difficultés lors du remplissage de cette fiche ?

- ☐ Oui (précisez lesquelles)
- ☐ Non
- ☐ Non concerné (je n'ai pas rempli de fiche)

21/ Si vous pensez que la fiche de traitement devrait contenir d'autres informations, indiquez lesquelles :

.....

22/ Aviez-vous déjà une expérience antérieure d'une fiche de traitement ?

- ☐ Oui, dans mon service/mon hôpital/ma maison de repos et de soins
- ☐ Oui, j'ai participé à un groupe de travail sur le sujet
- ☐ Oui, autre (précisez)
- ☐ Non

23/ Avez-vous déjà été confronté à des changements injustifiés de traitement lors du passage du patient du domicile à l'hôpital ou de l'hôpital au domicile ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, mais rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Ne sais pas

24/ Cet outil vous semble-t-il apporter un plus dans votre pratique ?

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, légèrement
- ☐ Non, assez peu
- ☐ Non, cela n'amène rien de plus

25/ Souhaiteriez-vous pouvoir de nouveau bénéficier à l'avenir de cet outil ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (→ passez à la question 27)

26/ Souhaiteriez-vous en bénéficier ?

- ☐ En version papier
- ☐ En version informatique
- ☐ Dans les deux versions (papier et informatique)

27/ Concernant les relations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire, cette fiche vous semble (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Apporter une meilleure connaissance de la prise en charge médicamenteuse du patient
- ☐ Améliorer la connaissance des autres professionnels de santé impliqués
- ☐ Faciliter la communication entre professionnels de santé
- ☐ Ne rien apporter de plus

28/ L'utilisation de cette fiche vous semble pertinente...

- ☐ Pour tous les types de patients (→ passez à la question 30)
- ☐ Seulement pour certains types de patients
- ☐ N'est pas pertinente (→passez à la question 30)

29/ Pour quels types de patients est-elle plus adaptée ?

.....

30/ Avez-vous d'autre(s) suggestion(s) à faire concernant cette fiche ?

.....

31/ Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

32/ Quel âge avez-vous ?

.....

33/ Votre profession ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin généraliste coordinateur de maisons de repos et de soins

Annexe 7 : Tris à plat du questionnaire

Expérience antérieure d'une fiche de traitement	
	N
Expérience dans un service/un hôpital/une MRS	5
Expérience par le logiciel médical	2
Aucune	9
Total	16

Confrontation à des changements de traitement	
	N
Oui, souvent	7
Oui, parfois	4
Oui mais rarement	0
Non, jamais	0
Ne sais pas	2
Total	13

Tableau 11 : Expérience antérieure

Remplir la fiche de traitement était	
	N
Très simple	4
Plutôt simple	7
Assez complexe	0
Complexe	0
Total	11

Tableau 13 : Facilité de remplissage de la fiche

Les éléments de la fiche étaient difficiles à comprendre	
	N
Non	1
Oui	13
	14

Tableau 14 : Compréhension des éléments de la fiche

La partie de la fiche à remplir était clairement identifiable par les participants.	
	N
Non	1
Oui	13
	14

Tableau 15 : Identification des parties à remplir

Remplir la fiche de traitement a été ...	
	N
Très rapide	3
Rapide	6

Un peu long	2
Trop long	0
Total	11

Tableau 16 : Temps de remplissage de la fiche

Les caractères imprimés de la fiche sont	
D'une taille adéquate	13
Trop petits	0
Trop grands	0
Total	13

Tableau 174 : Taille des caractères imprimés

Les différents éléments renseignés dans la fiche sont adaptés à votre pratique professionnelle	
	N
Oui	13
Non	0
Total	13

Tableau 18 : Eléments contenus dans la fiche en rapport avec la pratique professionnelle

La fiche contient toutes les informations indispensables pour favoriser la continuité du traitement dans l'intérêt du patient	
	N
Oui	13
Non	0
Total	13

Tableau 19 : Eléments contenus dans la fiche afin de favoriser la continuité de traitement

La taille de la fiche est	
	N
Suffisante	11
Trop petite	2
Total	13

La fiche de traitement a été remplie par le médecin.	
	N
Oui	7
Non	1
Total	8

Tableau 20 : Taille de la fiche

Le participant souhaiterait bénéficier de nouveau de la fiche de traitement	
	N

Tableau 21 : Personne ayant rempli la fiche

Oui	10
Non	4
Total	14

Tableau 22 :

Format de la fiche dans lequel le participant souhaiterait pouvoir en bénéficier.	
	N
En version papier	4
En version informatique	0
Dans les deux versions (papier et informatique)	6
Total	10

Tableau 23 : Format souhaité de la fiche de traitement

La fiche de traitement devrait standardiser la manière d'indiquer les médicaments.	
	N
Oui	5
Non	6
Total	11

Tableau 24 : Standardisation de la manière d'indiquer des médicaments